

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER
DE
L'ANGLE SOUS-HÉPATIQUE DU CÔLON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph PEUTOT

Né le 12 mai 1873, à Chaouilley (Mourthe-et-Moselle)

Ancien externe des Hôpitaux,

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire.

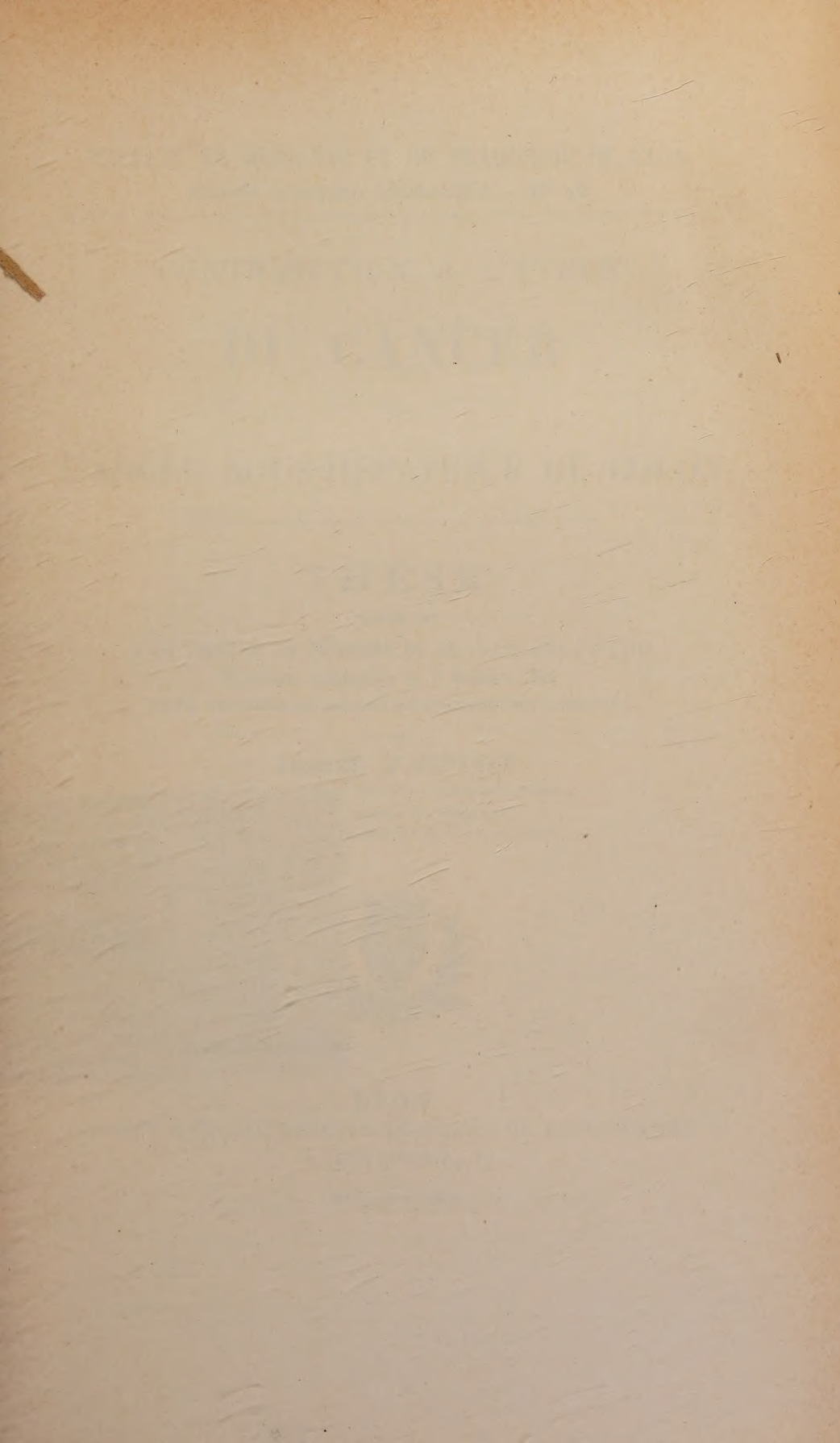


LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1904



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 42

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER
DE
L'ANGLE SOUS-HÉPATIQUE DU CÔLON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

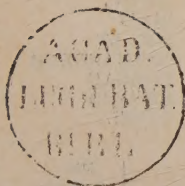
PAR

Joseph PEUTOT

Né le 12 mai 1878, à Chaouilley (Meurthe-et-Moselle),

Ancien externe des Hôpitaux,

Elève à l'Ecole du Service de Santé militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Physique médicale	X...
Chimie médicale et pharmaceutique.	AUGAGNEUR
Chimie organique et Toxicologie	PIERRET
Matière médicale et Botanique	WEILL
Parasitologie	MONOYER
Anatomie.	HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie.	CAZENEUVE
Physiologie	BEAUVISAGE,
Pathologie interne	LORTET
Pathologie externe	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire.	TEISSIER
Médecine expérimentale et comparée.	X.
Médecine légale	MAYET
Hygiène	TRIPPIER
Thérapeutique	POLLOSSON (M.)
Pharmacologie.	ARLOING
	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	SOULIER
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX —
Thérapeutique générale	COLLET —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale.	MOREAU —
Embryologie	REGAUD —
Anatomie topographique.	ANCEL —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BORDIER	REGAUD	GAYET
PIC	COURMONT (P.)	CAUSSE,	MOREL
PAVIOT	CHATIN	ANCEL	NEVEU-LEMAIRE
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	CHARVET	NICOLAS
BERARD	TIXIER	COMMANDEUR	PATEL
SAMBUC			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. POLLOSSON (M.), *Président*; VILLARD, *Assesseur*;
MM. TIXIER et ANCEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de reconnaissance
et de vive affection.*

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine Opératoire

Nous sommes heureux de placer, en tête de ces pages, un hommage de respectueuse gratitude à M. le professeur agrégé Tixier. Il a été, pour nous, un maître dévoué pendant un semestre d'externat ; depuis cette époque, il a mis à notre disposition son talent et sa bonté ; enfin, il nous a confié le sujet de cette thèse : nous ne saurions lui exprimer toute notre reconnaissance.

Le même accueil nous attendait chez tous nos maîtres, pendant nos années d'externat : MM. Gangolphe, et Rochet, chirurgiens-majors de l'Hôtel-Dieu et de l'Antiquaille ; qu'ils veuillent bien recevoir nos remerciements. Nous adressons un souvenir ému à la mémoire du regretté professeur Gayet.

M. le professeur Pollosson a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait.

Pendant nos années d'École, nous avons pu apprécier, à maintes reprises, la bienveillance de nos maîtres militaires ; l'un d'eux s'est plus particulièrement acquis notre reconnaissance : M. le médecin principal de première classe Chevassu nous a prodigué sa science et son dévouement dans une circonstance pénible ; ses efforts ont été couronnés de succès, nous en garderons toujours le souvenir.

INTRODUCTION

En 1900, R. de Bovis publiait, dans la *Revue de Chirurgie*, une étude sur le cancer du gros intestin (rectum excepté) ; son travail, basé sur 426 observations, fait époque dans l'histoire de la chirurgie intestinale qui date à peine de vingt-cinq ans.

Depuis, de nombreux travaux ont paru qui étudient le cancer intestinal à ses principaux points d'élection, Siliaque et angle iléo-cæcal.

Sans être aussi fréquent, à l'angle colique droit que sur les segments précités, le cancer de cet angle est loin d'être une rareté ; de plus, il tient, de la topographie spéciale de la région qu'il occupe, une symptomatologie propre, un diagnostic très difficile et quelques indications opératoires particulières. Pour ces raisons, nous avons pensé que la localisation du cancer à l'angle colique droit mérite une étude spéciale.

Un exposé anatomique, compris surtout au point de vue chirurgical, précèdera un essai de description clinique. Nous terminerons par un chapitre sur les interventions chirurgicales.

M. le D^r Latarjet, interne des Hôpitaux, aide d'anatomie, a dirigé nos recherches anatomiques et mis à

notre disposition les ressources du laboratoire d'anatomie : qu'il veuille bien croire à notre entière gratitude.

Notre excellent ami, le D^r Maurice Lefébure, a bien voulu illustrer notre thèse : nous lui adressons nos meilleurs remerciements avec nos vœux pour l'avenir.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER
DE
L'ANGLE SOUS-HÉPATIQUE DU CÔLON

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE CHIRURGICALE

Nous n'avons pas l'intention de reprendre dans un exposé anatomique nécessairement restreint toutes les descriptions des auteurs qui se sont occupés de la topographie et des connexions de l'angle droit du côlon. Puisque nous nous proposons d'aborder plus loin la seméiologie du cancer de l'angle hépatique du gros intestin et les modes de traitement qu'on peut opposer à sa marche, nous nous contenterons, et cela est indispensable, de montrer les particularités anatomiques essentielles de l'organe envisagé au point de vue chirurgical.

La première question à résoudre est la suivante : en quelle région l'observateur ou l'opérateur doit-il chercher l'angle droit du côlon ?

Lorsqu'on parcourt les traités, voire même les thèses spéciales sur le sujet, on se rend compte qu'aucun point

de repère fixe n'est donné pour trouver sûrement l'angle droit. En pourrait-il d'ailleurs être autrement pour un organe aussi variable dans sa situation que le côlon transverse ?

Cependant, il est utile de préciser sa situation, ne serait-ce que pour discuter la laparotomie médiane ou latérale qui sera sa voie d'accès. Aussi, avec J.-L. Faure, nous contenterons-nous de dire que l'angle droit du côlon se trouve au niveau de la dixième ou de la onzième côte, et nous délimiterons sa situation en disant qu'il répond à une partie de la paroi abdomino-costale limitée de la façon suivante : deux lignes verticales déterminent ses limites latérales ; l'une partant du sommet du creux de l'aisselle aboutit à l'épine iliaque antéro-supérieure, l'autre, parallèle et plus antérieure, passe par le mamelon. La limite supérieure est formée par une ligne perpendiculaire aux deux lignes précédentes et coupe la ligne mamelonnaire suivant le bord supérieur de la dixième côte. Une ligne parallèle, passant par le sommet de la onzième côte, donne la limite inférieure.

Cette projection de l'angle droit normal du côlon occupe donc un quadrilatère dont la partie interne est épigastrique, la partie supéro-externe, hépatique, la partie inférieure, prérénale et duodénale.

Lorsque l'on fait une incision de la paroi abdominale dans la région que nous venons de délimiter, on s'aperçoit, après avoir relevé le bord inférieur du foie, que la jonction du côlon ascendant au côlon transverse est formée de la façon suivante : le côlon ascendant est à peu près vertical ; au contraire, la branche formée par

le début du côlon transverse est oblique en haut, quelquefois horizontale, très rarement oblique en bas. Mais, tandis que la branche ascendante prérenale est située sur le même plan dans tout son trajet, la branche transverse se dirige non seulement obliquement à gauche, mais d'arrière en avant. Comme l'a fait remarquer J.-L. Faure, cette disposition est due à la situation profonde du rein de l'adulte, par suite de l'augmentation en profondeur de la paroi abdominale postérieure.

L'angle hépatique est donc profondément placé, surtout lorsque le foie est volumineux ou bascule légèrement en avant, et que le rein est de petit volume. On le trouve sur le flanc droit de la vésicule biliaire, auquel il est parfois contigu, d'autres fois séparé par un intervalle de plusieurs centimètres. Il répond à ce que Jonnesco désigne sous le nom de face interne du lobe droit du foie ; il y laisse son empreinte sous forme de fossette, celle-ci étant plus ou moins antérieure, suivant le volume de la glande et aussi suivant la direction de la position droite du côlon transverse qui s'échappe souvent de la face inférieure du foie ; dans les cas extrêmes, constatés par Curschmann, Viannay à Lyon, et par nous-mêmes à l'amphithéâtre, on trouve l'angle droit du côlon transverse en rapport avec la face convexe du foie, mais ces cas sont exceptionnels.

En arrière, l'angle repose sur le rein. Exceptionnellement, il longe son bord externe ; le plus souvent il s'appuie sur son pôle inférieur, au niveau de la face autéro-externe, laissant entrevoir dans son écartement la partie inféro-interne de la glande. Dans ce dispositif normal, le bassin et le hile sont en dedans et au-

dessus de lui. Quelquefois cependant, l'angle remonte jusqu'à la partie moyenne du rein ; dans ces cas, il est assez ouvert et sa branche supérieure va avec le côlon transverse couper la deuxième portion du duodénum à sa partie supérieure : ceci constitue ce que nous pourrions appeler la position haute ou duodénale de l'angle droit du côlon.

Ce rapport avec le duodénum nous a paru plus important que semblent le dire la plupart des auteurs : en effet, lorsque le chirurgien intervient sur l'angle droit, il est souvent frappé, surtout lorsque le méso-intestinal n'existe pas ou est peu développé, de la contiguïté, d'une part de l'intestin grêle, d'autre part de la portion terminale du côlon ascendant.

En effet, le bord interne du côlon ascendant repose à ce niveau sur le duodénum, et lorsqu'on n'est pas prévenu, on peut trouver quelque difficulté à la libération des deux intestins, et surtout à la fixation des pinces qui doivent assurer l'hémostase de cette partie de l'angle droit.

A ce rapport, avec la deuxième portion du duodénum dans la position haute de l'angle droit, s'ajoute nécessairement un rapport également très important : c'est celui du pédicule hépatique et des canaux biliaires.

Vésicule, pédicule hépatique, deuxième portion du duodénum, avec la tête du pancréas qui lui est solidaire, tels sont les rapports viscéraux, dont le chirurgien a le droit de se préoccuper le plus lorsqu'il intervient sur l'angle droit.

Enfin, il faut signaler, non seulement dans les cas

pathologiques, mais même chez des sujets normaux, des positions très basses de l'angle droit qui peut descendre jusque dans la fosse iliaque droite. Les déplacements du côlon transverse l'entraînent, le dispositif péritonéal ayant pris part au relâchement des mésos, dont il solidaire.

En effet, l'angle droit du côlon est normalement bien moins fortement fixé que l'angle gauche. Dans les traités classiques récents, d'après les études de Jonnesco, de Fromont, de Buy etc, on décrit au niveau de l'angle droit du côlon une série de ligaments, fibreux ou péritonéaux, les uns constants, d'autres plus rares, enfin d'autres tellement exceptionnels, que l'on est parfois amené à penser que ces ligaments ne sont souvent que des adhérences pathologiques.

Ces ligaments assureraient la fixité de l'angle dans une certaine mesure. Les plus importants sont le ligament colique droit, l'hépatocolique, le cystocolique.

Le ligament colique droit, appelé phrénico-colique par Prevet, d'une forme triangulaire, s'insérant à quelques centimètres du rebord costal, sur la paroi latérale de l'abdomen, va se jeter sur le côlon droit. Son insertion à la paroi est parfois si antérieure qu'il oblige la portion droite du côlon à décrire une courbe concave en avant et à gauche. C'est un ligament semi-fibreux, lamelleux, qui parfois s'anastomose avec les ligaments réno-colique et hépatocolique, prenant ainsi part à la délimitation de la fossette péricystique.

Le ligament hépatocolique qui, d'après Buy, n'existe environ qu'une fois sur quatre, forme un éventail dont le sommet tronqué s'insère sur la face

interne du lobe vertical du foie, à une certaine distance au-dessous de la vésicule biliaire, tandis que la base large s'épanouit sur la veine cave, la portion descendante du duodénum, l'angle droit du côlon et la face antérieure du rein. Il est très variable de forme.

Le ligament cystico-colique n'est que le prolongement du petit épiploon qui s'insère sur la vésicule biliaire et jette un pont péritonéal entre elle et le duodénum et la portion droite du côlon, environ à 8 ou 10 centimètres du coude.

Enfin, Buy décrit, sous le nom de lame fixatrice du coude droit, une lame fibreuse de 3 à 10 centimètres de hauteur, assez souple, tendue entre les deux branches de l'angle colique.

Tels sont, très brièvement décrits, ces ligaments qui ne nous paraissent jouer qu'un rôle bien insuffisant pour assurer la fixité de l'angle droit du côlon. Ce ne sont pas de vrais ligaments, mais de simples replis péritonéaux, qui n'ont pas de rôle fixateur et il faut dire, avec Glénard (*Lyon Médical*, 1885, p. 54), « qu'il n'y a pas de ligament suspenseur du coude droit du côlon. »

D'ailleurs, ces replis inconstants, peu vasculaires, intéressent peu le chirurgien ; s'il les trouve, leur section entre deux pinces sera facile, et ce n'est pas de ce côté qu'il rencontrera des obstacles à la libération de l'angle atteint par le néoplasme.

Ce qui importe au chirurgien, et ceci paraît être une banalité, c'est que l'angle droit, c'est-à-dire la partie du gros intestin, formée par la dernière portion du côlon ascendant, et la première du côlon transverse soit mobilisable. En effet, angle droit anatomique-

ment fixé ne veut pas dire angle droit opératoirement difficile à mobiliser ; et inversement, angle droit anatomiquement non fixé ne signifie pas angle droit opératoirement facile à mobiliser. Pour nous, la plus ou moins grande facilité à mobiliser l'angle droit tient à la variabilité du dispositif péritonéal adapté au pédicule vasculaire intestinal au niveau du côlon ascendant.

En effet, sur la branche droite de l'angle, le mésocôlon transverse est toujours suffisamment long pour qu'on puisse facilement y placer des pinces assurant l'hémostase avant la libération de l'anse. Du côté du côlon ascendant, au contraire, il n'en est pas de même. La présence d'un mésocôlon ascendant net et assez flottant, sans être une rareté, comme le veut Jonnesco, chez l'adulte, n'est cependant pas constante ; très souvent la séreuse ne recouvre qu'une partie de la circonférence intestinale ; le feuillet pariétal droit, après avoir tapissé la face antérieure du rein, se jette sur le côlon, applique sa face postérieure à nu sur le tissu cellulaire prérenal ou fascia de Toldt ; puis, après s'être comporté de même façon sur le duodénum, il va se confondre avec le feuillet droit du mésentère.

On comprend alors que dans ces cas, le chirurgien pratiquant une ablation large du cancer du côlon va se trouver en face de difficultés multiples. Le cancer non défendu par la séreuse au niveau de la face postérieure du tube intestinal aura pu contracter des adhérences avec le tissu cellulaire rétro-intestinal et devenir par conséquent difficilement mobilisable et extirpable. En admettant que ces adhérences n'existent pas, le chirurgien, dans le cas d'absence du méso, opère très profon-

dément ; il lui est difficile d'amener au dehors la partie supérieure du côlon ascendant où il faut qu'il pratique sa section. Le péritoine incisé, il doit séparer le gros intestin du duodénum et du rein avec lesquels il entre directement en contact, puis saisir les feuilletts et les immobiliser. Son opération devient alors presque sous-péritonéale, avec d'assez grosses difficultés pour assurer l'hémostase et péritoniser la tranche de section. De plus, le tissu cellulaire prérénal aura été déconvert, et la crainte de l'infection de ce tissu cellulaire qui se trouve en contact avec celui de la région lombo-iliaque, obligeront à mettre un drainage de sûreté empêchant une réunion par première intention.

La présence d'un mésocôlon ascendant au contraire, facilite la tâche. Possibilité d'agir pour ainsi dire en dehors du ventre, facilité de l'hémostase, en plaçant successivement des pinces sur ce méso, suture commode des deux feuilletts, tels sont les avantages qu'il apporte avec lui.

Il est certain qu'entre l'absence absolue du méso et la présence d'un mésocôlon ascendant haut de 5 à 6 centimètres, il existe tous les intermédiaires, et nous n'avons envisagé que deux cas extrêmes un peu schématiques.

Cependant, nous croyons pouvoir dire presque sous forme de formule :

1° Chirurgicalement, la présence des ligaments dits fixateurs de l'angle droit du côlon, n'opposent aucun obstacle sérieux à la mobilisation de cet angle.

2° La mobilisation de l'angle colique droit sera d'autant plus facile que la première portion du gros intestin possèdera un méso mieux constitué.

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE DU CANCER DE L'ANGLE COLIQUE DROIT

1° **Étiologie.** — L'angle colique droit, tel que nous l'avons défini, représente un segment assez court du gros intestin ; cette remarque faite, on peut être surpris de trouver d'aussi nombreux cas de cancer de l'angle.

Parmi les 426 observations relatées par R. de Bovis, 26 intéressent l'angle colique droit.

Si nous jetons un coup d'œil sur d'autres groupes pris au hasard, d'observations de cancer intestinal, nous trouvons les chiffres suivants :

• Louart	1	pour 76 cas
Lardennois	1	— 36 —
Barbary	5	— 17 —
Kessler	1	— 30 —
Körte	5	— 42 —
Wittmers.	1	— 11 —
Cloog	3	— 25 —
Rötter	3	— 34 —

En tout 20 pour 271, c'est-à-dire 7,3 pour 100.

Nous n'avons pas l'intention d'attribuer à ces chiffres la valeur d'une statistique, mais il nous semble inté-

ressant de les comparer à ceux qu'a obtenus R. de Bovis pour les points dits d'élection du cancer de l'intestin.

Siliaque	27,3	pour 100
Angle iléo-cæcal . . .	32,2	—
Angle splénique. . . .	4,9	—
Angle hépatique	6,4	—

Ces constatations nous imposent une remarque : le cancer de l'intestin a une prédilection en général pour les parties coudées et, en particulier, pour le coude colique droit.

Les facteurs étiologiques généraux, âge, sexe, hérédité, maladies générales sont évidemment les mêmes que pour l'intestin en général. Le plus âgé de nos sujets d'observation avait soixante-neuf ans, le plus jeune vingt-sept ans (cité *in* thèse de Louart).

Parmi les facteurs étiologiques locaux, on a cité le traumatisme ; or, il ne peut avoir ici qu'une influence négligeable, l'angle colique étant le plus habituellement abrité par les fausses côtes et le foie.

Mais ce voisinage même avec le foie peut être un danger pour l'angle colique ; le foie est en effet un siège fréquent du cancer, et il n'est pas rare de voir un néoplasme hépatique se propager au coude du côlon : c'est le cas de l'observation VII.

Nous n'avons pas trouvé d'observations de cancer secondaire localisé à l'angle hépatique.

2° **Anatomie pathologique.** — De l'examen des observations que nous avons rassemblées, il résulte que le cancer de l'angle est d'un volume relativement

petit ; quelquefois, c'est un simple épaissement de la paroi intestinale ; exceptionnellement (obs. XI), il peut atteindre la grosseur de deux poings. Il tend à la forme annulaire, mais il ne la réalise pas souvent d'une façon complète.

Au microscope, on trouve la tumeur constituée par des cellules cylindriques analogues aux cellules de la muqueuse intestinale. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'adéno-carcinomes, ou épithéliomes tubulés, plus rarement de sarcomes.

Nous avons trouvé plus de squirrhes que d'encéphaloïdes.

Les détails d'anatomie pathologique qui nous intéressent sont surtout les lésions de voisinage.

Ce sont d'abord les modifications mécaniques que subit l'intestin en continuité avec la tumeur. Quand le coude colique droit est rétréci, on peut s'attendre à trouver le côlon ascendant dilaté et hypertrophié ; en réalité, cette dilatation et cette hypertrophie existent, mais elles ne sont pas toujours très marquées. En ce qui concerne nos observations, la distension n'est bien nettement relatée que dans les cas numéros 17, 21 et 22. Cela s'explique par la rareté de rétrécissements assez serrés pour provoquer une obstruction complète et de longue durée.

En aval, c'est-à-dire sur le début du côlon transverse, on peut trouver un peu d'atrophie : elle est notée dans l'observation XII.

Nous n'avons pas trouvé de cas d'invagination de l'angle alourdi par le cancer, dans le côlon ascendant dilaté, mais nous pensons que la raison en est moins dans la

fixité propre du coude intestinal que dans les adhérences néoformées qui fixent la tumeur aux organes voisins.

Il arrive rarement aussi que le poids du néoplasme entraîne l'intestin en distendant les feuilletts de ses méso-s, et en leur faisant subir une véritable élongation ; plus souvent, on voit ces ligaments hypertrophiés et renforcés par des adhérences. Seefisch en 1897, constatait un néoplasme demeuré fixe au niveau de l'angle hépatique pendant que le côlon transverse était coudé en bas et soudé au côlon ascendant.

A peu près dans tous les cas, on trouve la tumeur environnée d'adhérences ; si elles intéressent les parois abdominales antérieure ou postérieure elles constituent déjà une difficulté opératoire ; mais dans la région sous-hépatique, cette difficulté devient un véritable danger quand elles enserrant des organes fragiles comme la veine porte, l'artère rénale, la vésicule biliaire. Dans ces cas, le cancer est souvent inexstirpable, et l'opération ne peut être que palliative ; d'autre fois, elles commandent à l'opérateur ces immenses résections comme celle pratiquée en 1897, par von Eiselsberg qui enlevait 175 centimètres d'intestin.

Les ganglions peuvent apparaître à des stades très variables de l'évolution ; ils sont échelonnés le long du méso-côlon et forment en outre un groupe pré-aortique.

La description que nous avons donnée de la région sous-hépatique permet de se rendre compte qu'un cancer enflammé de l'angle, un phlegmon cancéreux peut facilement s'ouvrir, soit à la peau, soit dans la vési-

cule, soit dans le duodénum. Dans nos observations, on ne mentionne pas de cas de suppuration, ni de perforations néoplasiques ou métastatiques ; mais sur les 26 cas relatés par R. de Bovis, il y eut 4 fois des fistules colico-cutanées.

3^o **Symptômes.** — En règle très générale, on pourra trouver tous les symptômes du cancer intestinal.

L'attention du chirurgien aura pu être attirée dès le début par une douleur localisée, par des troubles des évacuations alvines, des crises de violentes coliques avec de l'obstruction plus ou moins complète, ou des alternatives de constipation et de diarrhée. On trouvera quelquefois des stries sanglantes dans les matières fécales, ou même de véritables hémorragies intestinales. Chez les sujets amaigris, on sentira à travers la paroi abdominale une tumeur, point d'aboutissement de contractions péristaltiques qui se traduisent par un durcissement intestinal ; enfin, l'état général du malade, son teint couleur paille, son dégoût de la viande pourront imposer le diagnostic de cancer.

Mais tous ces symptômes, quand il s'agit de la région qui nous occupe, subissent de telles modifications que le diagnostic préopératoire est extraordinairement difficile, souvent même impossible. Il arrive que les plus importants d'entre eux font entièrement défaut, et que le cancer reste latent ; ou bien ils se groupent de telle façon qu'ils affectent le complexe clinique d'une autre maladie.

Nous voudrions décrire leur syndrome le plus habi-

tuel, et les particularités cliniques résultant de la topographie spéciale que nous avons esquissée.

Au point de vue fonctionnel, le côlon est destiné à recevoir le chyme, et à l'évacuer d'une façon intermittente dans le rectum. Mais en même temps, il lui fait subir des modifications dont on peut se rendre compte quand on compare l'état des matières à la valvule iléo-cæcale et au rectum : là, elles sont liquides ; ici, elles sont normalement solides. De plus, grâce à des sucs intestinaux sécrétés par le côlon, il se produit des transformations chimiques qui font du chyme les matières fécales.

Quand le cancer atteint l'angle hépatique, il siège sur une partie du côlon plus ou moins mobile, en relation directe avec le duodénum et assez près de l'intestin grêle pour que son contenu soit encore liquide.

Il ne faudra donc pas s'attendre à trouver, avant un stade de développement très avancé de la tumeur, des signes de rétrécissement, de l'obstruction intestinale. En jetant un coup d'œil sur nos observations, on constate qu'il y a bien toujours de la constipation au début, mais que l'obstruction aiguë n'est ni fréquente, ni rebelle ; les crises qu'elle peut provoquer (obs. I, II, VIII, IX, XV, XXII) cessent habituellement sous l'influence d'un traitement purement médical : purgation, lavements, cataplasmes laudanisés, etc., La douleur atroce qu'on peut trouver aux premières crises est disproportionnée avec la lésion et les troubles intestinaux.

Ce sont des symptômes gastriques qui prédominent. Dans l'observation V, on note que les selles ont tou-

jours été régulières; l'estomac est dilaté, il y a du clapotage et des vomissements. Il en est de même pour l'observation IV. En général, les fonctions digestives sont altérées: le malade se plaint d'attaques bilieuses et attribue à tort ses malaises à une maladie d'estomac, ou à une mauvaise alimentation.

Le voisinage presque immédiat de l'estomac influence-t-il d'une façon réflexe sur cette prédominance des symptômes gastriques dans le cancer de l'angle colique droit?

La compression du duodénum est un facteur important de ces troubles. En s'accroissant, la tumeur obstrue aussi bien le duodénum que le côlon, soit par sa propre masse, soit par les brides auxquelles elle donne naissance. La compression du duodénum, quand elle est due à la tumeur, est en général continue dans ses effets; mais elle peut résulter de la dilatation du côlon et être alors intermittente: d'où la grande variabilité des signes gastriques.

Il faut citer encore des influences secondaires agissant sur l'estomac, mais toutes se ramènent à l'obstruction; telle est la rétention prolongée du contenu gastrique qui succède à la dilatation: le malade n'a pas de rémission tant que l'estomac n'est pas vidé, et on trouve dans les matières vomies des aliments ingérés depuis plusieurs heures.

R. de Bovis, analysant les symptômes fonctionnels du cancer de l'intestin, distingue sept types de malades et, au point de vue de la fréquence relative de ces types, il arrive aux chiffres suivants:

Constipés. 37,2 pour 100.

Alternants	20,6	pour 100
Diarrhéiques	13,6	—
Obstrués	12,1	—
Douloureux	9,8	—
Dyspeptiques	3,2	—
Négatifs ou objectifs	2,9	—

De l'examen de nos observations, il résulte que le type *dyspeptique* est beaucoup plus fréquent dans le cancer de l'angle droit. C'est le cas des malades cités dans les observations IV, V, VI, XIII, XIX.

Les alternants, c'est-à-dire ceux qui ont des intermittences de diarrhée et de constipation forment ensuite un groupe important : observations I, II, VII, XV, XXII.

Enfin les malades cités aux observations X et XI se rangeraient parmi les diarrhéiques.

En ce qui concerne les autres signes fonctionnels : douleur, hémorragies, ténésme, etc., quelques remarques s'imposent.

Il faut d'abord citer les « localisations paradoxales » de la douleur. Si elle est généralement en rapport avec le siège de la tumeur, elle donne lieu quelquefois à des confusions faciles avec des douleurs d'origine lombaire, rénale, hépatique, appendiculaire. Que de fois la région douloureuse était au point de Mac-Burney !

Au sujet des hémorragies intestinales, il faut remarquer que l'état fluide des matières favorise peu les ulcérations de la muqueuse ; on conçoit donc que ce symptôme soit relativement peu fréquent, et R. de Bovis ne l'a trouvé que trois fois sur cinquante-huit cas de position haute du cancer.

Le ténésme étant d'autant plus fort que le cancer siège plus près de l'anūs, il n'est pas étonnant qu'il ne soit mentionné dans aucune de nos observations.

Pour les symptômes objectifs, la palpation donnera les plus précieux renseignements.

Il est rare de voir une saillie abdominale au niveau de la tumeur ; son volume restreint, sa situation sous-jacente aux fausses côtes et au bord du foie, souvent aussi la traction des adhérences qui tendent à la fixer à la paroi postérieure de l'abdomen, l'empêchent de se manifester.

Quelquefois, cependant, il s'agit d'une tumeur qui évolue depuis longtemps ; le malade est cachectisé, les muscles de l'abdomen sont réduits à l'état d'un simple feuillet à peine contractile, et on peut voir la tumeur soulever la paroi du ventre excavé (obs. XXI et XXII).

On aura encore une indication par une simple inspection s'il y a une fistule colico-cutanée.

Crämer a bien étudié le durcissement intestinal se manifestant par des ondes qui font vibrer la paroi ; cet auteur aurait pu, d'après ce seul signe, localiser une tumeur intestinale sur laquelle les ondes péristaltiques produites en amont, s'arrêtaient brusquement.

A la palpation de la région douloureuse, on peut, quand la tumeur est assez développée, la sentir ; apprécier sa forme, son volume, sa consistance, sa mobilité. Il est nécessaire, pour cela, que la paroi soit dans un parfait état de relâchement ; c'est pourquoi les chirurgiens allemands ont l'habitude de faire une anesthésie générale pour examiner l'abdomen.

Mais, chez des malades cachectisés, comme ceux

des observations XXI et XXII, chez qui on peut mobiliser très facilement la tumeur, on peut, par la seule palpation, faire un diagnostic précis, sinon précoce.

Enfin, la palpation profonde peut révéler une dilatation plus ou moins marquée du côlon ascendant et du cæcum ; on pourra avoir du gargouillement ou bruit hydroaérique. A la percussion, on obtiendra, suivant les cas, de la sonorité tympanique, du météorisme, ou la matité d'une tumeur fécale résultant de la stase des matières.

4° Diagnostic. — Nous avons insisté sur la rareté d'une occlusion intestinale aiguë par un cancer, surtout dans la région qui nous occupe ; toutefois, le cas peut se présenter où le chirurgien se trouve en présence de symptômes d'iléus et doit en rechercher la cause. L'âge du sujet, des commémoratifs mentionnant une histoire de trouble des fonctions alvines, de mélœnas, d'amaigrissement, etc., pourront faire penser à un néoplasme intestinal.

Mais ces cas sont l'exception. La règle, c'est que les malades qui nous occupent sont, le plus souvent, des dyspeptiques. Le premier symptôme qui les frappe est l'anorexie et, souvent, des vomissements. Invariablement, ces accidents sont pris pour un embarras gastrique, et le traitement qu'on leur applique est la purgation. On peut être surpris du succès habituel de ce traitement si simple qui fait presque toujours disparaître les malaises, mais l'amélioration est passagère, les troubles gastriques reparaissent en s'aggravant et le médecin recherche, à ce moment, soit un trouble de la

sécrétion, soit une affection organique de l'estomac.

L'analyse des matières vomies et du contenu gastrique, au besoin, le repas d'épreuve, pourront démontrer que la sécrétion des sucs digestifs est normale ou que ses modifications, par exemple une certaine hypochlorhydrie, ne justifient pas les symptômes constatés.

La présence de vomissements doit alors faire penser à une dilatation de l'estomac ; nous avons vu qu'elle est fréquente dans l'affection qui nous occupe, et on s'était même arrêté au diagnostic de dilatation dans l'observation IV. Mais, en général, il ne s'agit pas d'un vaste estomac qui dépasse l'ombilic en bas et qui donne du clapotage. D'ailleurs, la dilatation, quand elle existe, ne doit être regardée que comme un symptôme soit de rétrécissement cicatriciel, soit de spasme, soit enfin de tumeur.

Mais, avant de chercher les signes positifs du cancer, il faudra encore éliminer successivement l'hypothèse d'une lésion inflammatoire, insidieuse comme la tuberculose caecale, ou bruyante comme l'appendicite et le cholécystite et, enfin, celle d'un rein mobile.

Un caecum tuberculeux forme une masse bas située et fixe dès le début, tandis qu'un néoplasme est mobile au moins au début de son évolution ; de plus, l'histoire d'un tuberculeux diffère généralement assez de celle d'un néoplasique pour qu'une confusion entre le cancer et la tuberculose soit justifiée. Dans le doute, il suffirait de pratiquer l'examen bactériologique des selles qui contiennent du bacille dans tous les cas de tuberculose intestinale.

Dans les vingt-deux observations que nous avons rassemblées, nous voyons qu'on avait porté cinq fois le diagnostic d'appendicite. Ceci s'explique d'abord facilement par les données anatomiques ; on a vu dans notre premier chapitre que l'angle colique peut occuper une position basse. Ces anomalies sont encore favorisées par le cancer de l'angle. De plus, l'allure de la maladie peut être la même dans les deux cas : constipation, crise douloureuse au point de Mac Burney, défense de la paroi, douleur insupportable au toucher rectal. Enfin, le cancer peut suppurer et provoquer, comme l'appendicite, une élévation thermique. Il faut alors s'en remettre à la marche de la maladie, insidieuse s'il s'agit de cancer, généralement plus bruyante si c'est une appendicite.

Nous avons vu plusieurs fois le médecin penser, dans le cas de cancer de l'angle droit, à une inflammation des voies biliaires et de la vésicule. C'est que les cancers de l'angle hépatique provoquent habituellement des tiraillements du côté du foie ; de plus, il n'est pas rare de voir de l'ictère dans le cancer de l'angle hépatique, comme dans la cholécystite : tels sont les cas de Pétroff et Heberlein en 1897, de König en 1899 et celui de l'observation XIV. R. de Bovis rapporte que des malades ont fait une cure à Carlsbad pour soigner cet ictère qu'ils mettaient sur le compte de l'hépatisme. Ce sont les troubles digestifs douloureux, l'irrégularité des selles et, le plus souvent, l'absence de fièvre qui feront éliminer le diagnostic de cholécystite.

Le rein mobile est ordinairement le rein droit. Quand le cancer se manifeste au début par une douleur vive,

imitant le « décrochement rénal », ou bien quand la douleur se manifeste par des crises intermittentes, simulant l'hydronéphrose, on peut facilement le confondre avec le rein flottant. La confusion est encore facilitée par ce fait que le rein mobile s'accompagne d'habitude de troubles gastriques, comme le cancer de l'angle. En général, pour écarter l'hypothèse de rein mobile, il faudra se baser sur la non-réductibilité de la tumeur et l'absence de troubles urinaires. Mais un rein ectopié peut être en même temps néoplasique ou tuberculeux (obs. VII), provoquant des hématuries ou de la pyurie ; les troubles gastriques dus à l'ectopie, ajoutés aux troubles urinaires, composent alors un syndrome qu'il est à peu près impossible de rapporter à ses causes multiples.

Cependant les symptômes se sont accumulés, le malade maigrit, devient jaune, refuse la viande ; on a pu, à certains moments, voir ou provoquer du péristaltisme et sentir une masse résistante dans le ventre. Il n'est plus possible de nier l'existence d'un cancer dans la cavité abdominale. Avec le tube digestif, les organes adjacents susceptibles de porter un cancer sont le rein, le foie avec la vésicule biliaire et le pancréas.

Nous avons déjà vu les difficultés que peut présenter l'hypothèse d'un rein cancéreux. Voyons maintenant ce qui pourra permettre d'écarter celle d'un cancer du foie ou de la vésicule.

Le cancer du foie est ordinairement secondaire à un cancer du pylore ; lui aussi s'accompagne de troubles digestifs, et souvent d'ictère, surtout quand la vésicule est atteinte ; quelquefois même la masse cancé-

reuse comprime le côlon transverse ou le coude colique, et on peut observer des phénomènes d'obstruction. Le syndrome clinique ressemble donc beaucoup à celui que nous étudions, et le diagnostic peut, dans certains cas, être hésitant. Mais il est un symptôme fréquent dans le cancer du foie, et à peine signalé dans le cancer du tube digestif : l'ascite. De plus, un cancer d'un organe sous-jacent au foie est habituellement séparé de la glande hépatique par une bande sonore à la percussion. Enfin, le plus souvent, on peut distinguer, par la palpation sous les fausses côtes, le foie cancéreux avec ses bosselures, d'une tumeur voisine.

L'absence de selles graisseuses suffira pour éliminer l'hypothèse de cancer du pancréas.

Par élimination, nous sommes arrivé à un diagnostic solide de cancer du tube digestif, estomac ou intestin ; il s'agit encore de localiser la lésion d'une façon précise.

Nous avons vu que la plupart de nos malades étaient des dyspeptiques en même temps que des cancéreux, et, d'ailleurs, le tableau clinique du cancer du pylore n'est guère différent de celui qu'on trouve dans la plupart de nos observations. La difficulté est donc de distinguer le cancer de l'angle colique droit avec ou sans obstruction du duodénum, d'un cancer du pylore. Très souvent on ne peut aboutir qu'à des probabilités basées sur une recherche minutieuse des premiers symptômes. En général, une obstruction du duodénum sera précédée de désordres intestinaux avant de présenter des symptômes gastriques.

Maylard reconnaît que dans les observations IV et V un examen post-opératoire minutieux, suggéré par son

erreur de diagnostic, lui révéla l'existence de signes intestinaux très nets, avant que l'attention se fût portée sur une lésion supposée de l'estomac. Une palpation profonde très minutieuse, faite à plusieurs reprises et, au besoin, sous anesthésie, pourra donner des résultats même dans les cas les plus difficiles. Mais il y a trop de causes d'erreurs, parmi lesquelles nous citerons l'ectopie possible du coude colique et la surdistension fécale en amont de la tumeur, c'est-à-dire dans le cæcum, pour qu'on puisse poser sans réserves un diagnostic pré-opératoire de cancer de l'angle colique droit. L'insufflation qui a été préconisée ne semble pas avoir une grande valeur pratique.

Dans la majorité des cas, le diagnostic du siège exact du cancer ne pourra être donnée que par une laparotomie exploratrice, devenant au besoin curatrice.

5° Evolution et pronostic. — La durée de la maladie dépend beaucoup des accidents d'occlusion ou d'obstruction ; et, nous l'avons indiqué, les accidents de cette nature sont relativement rares dans le cancer de l'angle colique droit. Cette constatation a déjà été faite par R. de Bovis qui dit : « La moitié gauche du côlon est infiniment plus exposée à l'occlusion ou à l'obstruction que la moitié droite ». A droite, cet auteur ne la trouve que dans 5, 3 pour 100 des cas. De plus, il s'agit souvent de squirrhés dont le développement est plus lent que celui des encéphaloïdes. Pour ces raisons, le cancer de l'angle hépatique met souvent longtemps, deux ou trois ans et même plus à terminer son évolution.

En général, on peut dire que le cancer de l'angle hépatique est un de ceux qui ont une localisation prolongée et une généralisation tardive. Ces deux conditions le rendent propre à l'intervention chirurgicale et atténuent la gravité de son pronostic.

Mais pour être d'une évolution assez lente, le cancer de l'angle colique droit n'en est pas moins, comme tout cancer intestinal, d'un pronostic fatal si on l'abandonne à lui-même.

CHAPITRE III

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La première intervention chirurgicale, pratiquée pour un cancer de l'intestin, date de 1833 ; elle eut pour auteur un Lyonnais, Reybard, et fut couronnée de succès. C'était une résection.

Pendant près de cinquante ans, la hardie tentative du chirurgien français ne fut pas répétée et on ne cite plus d'autre intervention avant celle de Helferisch, en 1879. Voici comment elle est rapportée par Heberlein (th. de Greifswald, 1897) : « La tumeur adhérait à la vésicule biliaire et au foie. Le chirurgien dut pratiquer l'ablation de la vésicule et réséquer une partie de la glande hépatique, ce qui amena des hémorragies formidables. L'opération dura quatre heures et l'opéré seulement quelques heures de plus. » Il s'agissait d'un cancer de l'angle colique droit.

Depuis cette époque, les opérations de ce genre se sont multipliées, les méthodes opératoires se sont perfectionnées, et dans les travaux de R. de Bovis, de Terrier et Gosset, de Hartmann, de Bœckel et de Monprofit, en France ; de Korte et de Mickulicz, etc., en Allemagne, on les trouve étudiées tout au long. Nous

voudrions seulement, dans un court exposé, résumer ces méthodes.

En principe, il faut s'efforcer d'abord d'assurer le libre cours des matières dans l'intestin; ensuite, de soustraire l'organisme autant que possible à une intoxication cancéreuse; enfin d'empêcher, ou au moins de retarder le plus possible une récursive.

Or, l'ablation complète et large de la tumeur peut seule réaliser ce but.

En ce qui concerne le cancer de l'angle colique droit, on peut dire que les conditions d'une telle ablation sont fréquemment remplies.

Il s'agit le plus souvent d'un cancer annulaire, développé symétriquement autour d'un axe représenté par la lumière intestinale; la tumeur affecte une forme plus ou moins sphérique, à contours nets et longtemps bien limités.

Le cancer est ordinairement intrinsèque: les bourgeons épithéliaux néoformés ont, pour point de départ, les glandes de la muqueuse et le processus de développement centrifuge aboutissant à la perforation des tuniques intestinales, par les prolongements ou racines du cancer, est très lent, et met souvent plusieurs années avant d'atteindre la périphérie. Enfin, il est rare de trouver le malade en trop mauvais état pour résister à une intervention sérieuse comme une exérèse; en effet, c'est l'occlusion qui est le plus souvent le gros obstacle à une cure radicale, et nos observations prouvent que l'occlusion aiguë est assez rare dans les cas de cancer de l'angle colique droit.

Nous envisagerons, cependant, le cas, pour rare qu'il

soit, où le malade ne pourrait résister à un shock opératoire sérieux à cause de l'occlusion aiguë.

Si le diagnostic de cancer intestinal est posé, étant donné le peu de ténacité que présentent habituellement les crises d'occlusion par le cancer, la conduite à tenir sera, autant que possible, l'expectative. Une opération à froid est toujours beaucoup plus sûre, mieux supportée par le malade, moins précipitée par le chirurgien. En vue de la réaliser, on essayera, d'abord, un traitement médical palliatif ; des lavements huileux, poussés haut dans l'intestin au moyen d'une grande canule, de grands cataplasmes laudanisés sur le côté douloureux, ont eu souvent raison de telles crises. Une amélioration ne tarde pas à se produire ; après un ou deux jours, d'une surveillance minutieuse, une débâcle s'est produite, la fièvre est tombée, le poulx a repris son allure normale, et le malade est remis dans d'assez bonnes conditions pour subir une opération sérieuse. Mais le chirurgien ne doit pas alors se fier à une tranquillité trompeuse qui sera de courte durée et il ne doit pas hésiter à pratiquer une laparotomie ; suivant les cas, il fera une anastomose ou une exérèse.

Si le diagnostic n'a pu être posé au moment où se produit la crise, la conduite à tenir est différente. Il ne faut guère espérer découvrir à la palpation, dans une région quelconque de l'abdomen uniformément météorisé et douloureux, une tumeur qu'on soupçonne à peine. Le temps presse, les matières accumulées en amont de l'occlusion, distendent l'intestin, menacent de le rompre et de provoquer une péritonite de perforation rapidement mortelle. On fera, au niveau du

cæcum, soit l'entérostomie simple de Nélaton, opération provisoire destinée à créer une dérivation temporaire, une voie d'attente qu'on fermera plus tard ; soit un véritable anus artificiel permanent, si on peut reconnaître la nature de la lésion et l'impossibilité de son exérèse. Mais, l'anus contre nature constituant une infirmité répugnante, ce mode d'intervention doit être un pis aller, auquel il ne faut se résoudre qu'à la dernière extrémité.

Les procédés que nous venons d'indiquer seront forcément des procédés d'exception, puisque, fort heureusement, les conditions qui les exigent sont exceptionnelles.

Le plus souvent, le chirurgien sera en présence de malades chez lesquels il aura, depuis un certain temps, reconnu la présence d'un cancer intestinal ; il les aura préparés à une intervention dont le premier temps sera une laparotomie.

Pour se rendre un compte exact des connexions de la tumeur, un seul mode de laparotomie suffit dans tous les cas : c'est la laparotomie médiane. Grâce à une longue incision sur la ligne blanche, la main du chirurgien peut aller explorer toute la cavité abdominale jusqu'au pelvis ; elle peut sentir la tumeur située sous le foie et apprécier l'état de vacuité ou d'obstruction du côlon transverse et de l'anse sigmoïde.

Rien d'ailleurs n'empêchera, quand on aura reconnu le siège sous-hépatique du cancer, de brancher sur l'incision médiane une autre incision transversale droite. Une laparotomie latérale ne serait défendable que dans les cas, et ils sont assez rares, où on a fait un

diagnostic précis du siège de la lésion ; son gros inconvénient est l'impossibilité où elle laisse l'opérateur de pratiquer, s'il le juge utile, une anastomose iléo-sigmoïdienne.

Quand on aura reconnu dans la plaie d'ouverture la tumeur avec ses connexions, ses adhérences, les ganglions, les généralisations viscérales voisines, on se rendra compte de sa mobilité.

Le cancer peut être fixé et alors il faudra examiner si la rupture des adhérences ne menace pas les organes voisins de trop graves mutilations, et apprécier les difficultés probables de l'hémostasie. Si les néomembranes intéressent les pédicules vasculaires de la région, vaisseaux hépatiques et vaisseaux rénaux, en même temps que la vésicule biliaire ou le duodénum, il faudra renoncer à l'exérèse. Nous avons dit, d'autre part, qu'il faut réserver l'anus contre nature aux seuls cas urgents ; il ne reste que deux procédés possibles au chirurgien : l'exclusion et l'entéro-anastomose.

Pour un cancer inextirpable de l'angle colique droit une exclusion consisterait à sectionner le côlon ascendant et le côlon transverse à fermer les deux bouts du segment fixé et à rétablir la continuité du côlon transverse avec le côlon ascendant, soit par une entérorraphie circulaire, soit par une anastomose latéro-latérale des deux moignons libres. Cette exclusion, dite totale, laisse dans le ventre une anse intestinale malade qu'on transforme en cavité close et, pour cette raison, doit être rejetée.

D'autre part, une exclusion partielle, consistant à fixer à la peau les deux extrémités de l'anse exclue et

à faire ainsi une double fistule stercorale, reproduit les inconvénients de l'anus artificiel. Malgré cela, après l'exclusion, on peut voir les malades engraisser, la douleur disparaître ou diminuer. « C'est une opération qui a surtout un effet moral. » (Barbary).

Pour les cancers inopérables, la méthode de choix est l'entéro-anastomose. Elle est particulièrement indiquée quand il y a de l'obstruction chronique ; elle le serait encore, même pour un cancer opérable, si l'état du malade était trop mauvais pour qu'il puisse résister au shock opératoire qu'entraîne une exérèse : une entéro-anastomose ne demande pas beaucoup plus de temps qu'une entérostomie. A la partie inférieure, de la plaie d'ouverture, on cherche le segment distal de l'iléon, on le suit jusqu'au voisinage de l'S iliaque et là, on fait un abouchement latéral des deux intestins à l'aide d'un bouton de Murphy si le temps presse, de préférence avec des sutures à la soie si l'opération peut se prolonger.

Pour la réunion de deux parties du gros intestin, l'emploi des fils de soie est préférable à celui du bouton. Pour les anastomoses à établir entre l'intestin grêle et le gros intestin, c'est une affaire d'opinion personnelle à chaque chirurgien. Mais l'emploi du bouton reste le procédé de choix quand il s'agit de rétablir la continuité entre les deux portions d'intestin grêle. (Dr Tixier.)

L'entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne que nous venons de décrire fut pratiquée avec succès dans les observations I, VIII, XVIII ; elle donne pour R. de Bovis, une mortalité opératoire de 37,6 pour 100, c'est-

à-dire un peu inférieure à celle de l'entérostomie qu'il estime à 38,5 pour 100.

Au lieu d'une entéro-anastomose iléo-sigmoïdienne, on pourra être amené, suivant les cas, notamment si on a fait une laparotomie latérale du côté droit, à pratiquer l'anastomose de l'iléon avec le côlon descendant, (obs. II : guérison), ou de l'iléon avec le côlon transverse (obs. II, XII et XII : 1 guérison et 2^e morts), ou enfin du côlon ascendant avec le côlon transverse (ob. IX : mort).

Les meilleures conditions opératoires seront réalisées quand, chez un malade suffisamment vigoureux, le cancer sera mobilisable sur l'angle colique pourvu d'un méso ; quelques adhérences ne laissant à la tumeur qu'une mobilité relative ne seront pas un obstacle à l'opération alors indiquée : l'entérectomie. Ce n'est pas le lieu d'étudier ici en détail les différents modes d'entérectomie plus ou moins compliqués auxquels pourra être amené l'opérateur.

Nous les citerons dans l'ordre suivant lequel ils ont été étudiés par R. de Bovis, et nous insisterons seulement sur les deux modes employés le plus souvent, l'entérectomie simple, en un temps, et l'entérectomie en deux temps.

- 1^o Entérectomie simple ;
- 2^o Entérectomie suivie d'anus contre nature ;
- 3^o Entérectomie en plusieurs temps ;
- 4^o Entérectomies compliquées ;
- 5^o Entérectomies par les voies naturelles.

Nous donnerons de l'entérectomie simple la définition formulée par R. de Bovis : .

« Par entérectomie simple, nous n'entendons nullement les entérectomies faciles, mais celles qui ont été idéales et qui, avant ou pendant l'opération, ne se sont distinguées par aucune complication spéciale et aggravante, telle que : fusion de la tumeur avec les parois, abcès étendus, fistules, adhérences intimes aux viscères voisins, obligeant à la réséquer eux-mêmes en partie, etc. Tous ces cas ont été rejetés aux entérectomies compliquées. »

La laparatomie médiane est toujours, comme nous l'avons indiqué, le premier temps de l'opération ; quand on a reconnu la tumeur et la possibilité de son ablation, on cherchera si l'exérèse peut se borner à l'angle cancéreux exclusivement ; elle consisterait à réséquer la tumeur seule et à refermer l'intestin par une entérorraphie circulaire. Mais les conditions de cette opération sont rarement réalisées, car elles supposent un cancer très petit et très limité.

Le plus souvent la tumeur est assez volumineuse et environnée d'adhérences ; dans ces cas, où devra s'arrêter l'ablation ?

Si le cæcum paraît absolument sain, peu dilaté, on pourra le conserver et, après résection d'un segment d'intestin plus ou moins long, aboucher les deux bouts du côlon ascendant et du côlon transverse par une entérorraphie circulaire. Mais, si le cæcum est très dilaté, comme il forme un cul-de-sac susceptible de favoriser la stase des matières, il ne faudra pas hésiter à l'enlever.

L'entérectomie, dans ce cas, sera large, comprendra une partie du côlon transverse, tout le côlon ascendant

et le cæcum : section du côlon transversé entre deux pinces, en tissu franchement sain ; fermeture à la soie du bout distal du côlon transversé ; section du mésocôlon à droite, libération méthodique de la tumeur ; décollement de haut en bas du côlon ascendant et du cæcum après avoir incisé le méso, telles sont les manœuvres opératoires que comprendra l'entérectomie.

Comme un abouchement direct du bout iléal dans dans l'S iliaque pourrait provoquer une torsion dangereuse de l'intestin grêle, une anastomose latérale avec l'S iliaque est préférable. Ce que nous avons dit des sutures au sujet de l'entéro-anastomose s'applique aux anastomoses consécutives à l'entérectomie.

Une hémostase minutieuse avec du catgut ou des tendons de renne préviendra l'hémorragie interne ; mais souvent un suintement sanguin ou de véritables hémorragies en nappe défient les plus soigneuses précautions et il sera utile de drainer le nid de la tumeur. Le drainage peut se faire soit avec un gros tube ou une anse de caoutchouc, soit avec des mèches de gaze bien stérile ; mais si on emploie le Mickulicz comme moyen de drainage, il faut bien éviter le contact des mèches avec les sutures intestinales, car on s'exposerait à avoir des fistules stercorales : les mèches seront placées dans une région où le péritoine empêche ce contact. Si le drainage a l'inconvénient d'empêcher une réunion complète par première intention, il a le grand avantage de diminuer les chances d'infection abdomino-péritonéale, et les chiffres suivants, établis par R. de Bovis, justifient son emploi :

Mortalité des opérations.

Avec drainage	19,1 pour 100
Sans drainage	26,3 —

Dans nos vingt-deux observations, l'entérectomie fut pratiquée neuf fois suivant cette méthode générale ; six fois l'opération fut suivie de guérison (obs. IV, VI, XVII, XX, XXII) et trois fois le résultat fut la mort (obs. XIV, XV, XIX). Le chiffre donné par R. de Bovis pour la mortalité opératoire due à l'entérectomie simple est de 31,5 pour 100.

Les entérectomies en deux temps se font généralement après une opération palliative, anus contre nature, ou entéro-anastomose, dirigée contre l'obstruction chez des malades qui semblent justiciables d'une cure radicale. Les indications du premier temps opératoire, qui n'est que l'anus contre nature ou l'entéro-anastomose, ont été posées plus haut. Quand, après une opération palliative pratiquée dans un moment dangereux, l'état général du malade est redevenu assez bon, on pratiquera l'entérectomie si les autres conditions qu'elle suppose sont réalisées ; cette entérectomie est le deuxième temps de l'intervention.

Nous n'avons pas, dans nos observations, d'opérations pratiquées en deux temps. Cependant la mortalité est relativement peu élevée pour ce genre d'intervention si on s'en tient au chiffre de 17,6 pour 100, donné par M. de Bovis.

En résumé, sur les 22 malades dont nous avons relevé les observations, 21 furent opérés, 8 moururent des suites opératoires. A première vue, une telle mortalité semble effrayante et justifie la méfiance que peuvent avoir les malades, d'un traitement

chirurgical. Mais si, au lieu de s'en tenir aux résultats bruts, on considère les conditions dans lesquelles furent pratiquées ces opérations meurtrières, on est frappé du grand nombre des cas où, faute d'un diagnostic suffisamment précoce, l'intervention a été trop tardive. Les malades des observations III et XIII, étaient en état d'iléus ; chez les autres, de vastes adhérences étaient développées et la généralisation de la tumeur avait commencé.

Il est plus consolant de considérer que la plupart des autres malades dont nous avons rappelé l'histoire sont aujourd'hui vivants, sinon en bonne santé. On a dit des cancéreux que ce sont toujours des « condamnés à mort ». Il faudrait opposer à cette opinion les cas de survie post-opératoire rapportés par Körte, Rötter, Monprofit, etc., survie variant de deux à huit ans, et la guérison parfaite (dix-huit ans), obtenue par Martini.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

(Charrier, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 17 oct. 1900).

M^{me} B..., trente-cinq ans. En mai 1899, prend une crise de coliques; le ventre est ballonné et douloureux à la pression, surtout à droite.

On pense à l'appendicite.

En juin, nouvelle crise qui dure trois jours et, en juillet, une autre.

Entre les crises, la douleur persiste, les selles sont difficiles, l'état général est mauvais.

En août, nouvelle crise plus violente avec vomissements bilieux; le 19 août, on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur grosse comme le poing, disparaissant dans l'intervalle des coliques.

Rien à la région sous-hépatique.

On diagnostique occlusion intestinale provoquée peut-être par une tumeur.

Opération, le 25 août. On trouve sur l'angle colique droit, une tumeur grosse comme un œuf.

Anastomose iléo-sigmoïde.

Suites : Le premier jour, débâcle par l'anus. L'amélioration est lente et progressive. Exeat, le 15 septembre.

Les selles restent liquides pendant cinq ou six semaines, puis redeviennent normales.

Le 1^{er} décembre, l'état est satisfaisant, la malade a repris 3 kilogrammes.

OBSERVATION II (résumée).

(Duroisel et Mathieu, *Soc. Anat. de Paris*, nov. 1901.)

L..., trente-trois ans, 16 septembre 1901. Se plaint de constipation qui cède par des purgatifs.

Bientôt, elle reparait avec une vive douleur exagérée par la pression au point de Mac-Burney.

Pas de température, ni de vomissements.

On diagnostique appendicite subaiguë.

Le 15 octobre, diarrhée, le 21, constipation. Les vomissements sont incessants et on décide une intervention.

Le 4 novembre, l'état est inquiétant; les vomissements sont continus, le ventre est ballonné; on aperçoit à travers la paroi, les contractions intestinales. La malade ne rend plus, ni matières, ni gaz par l'anus. Pas de température.

Le 5 novembre, on diagnostique une occlusion intestinale par un néoplasme probable.

Opération, le 6 novembre. On trouve un rétrécissement néoplasique à l'angle colique droit avec envahissement du cæcum et de l'appendice.

Entérorraphie circulaire. Abouchement de l'iléon et du côlon transverse.

La malade meurt le lendemain en hypothermie avec d'atroces douleurs abdominales.

A l'autopsie, péritonite de perforation.

OBSERVATION III

(Vittmers, *Inaug. Dissert.*, Bonn 1902.)

Anna H..., quarante-huit ans, entre le 4 novembre 1895. Elle a été opérée à Coblenz pour tumeur abdominale avec signes d'iléus; on lui a fait un anus artificiel, dans la région hypogastrique droite. Il s'agissait d'une tumeur

abdominale qui n'avait pu être extirpée à cause de grandes adhérences. Depuis quelques jours, l'anus s'est fermé, la malade a repris des vomissements, des douleurs et de l'obstruction. Plus de gaz.

Dans la région hypogastrique droite, on voit la fistule fécale et on sent une tumeur grosse comme le poing, peu mobile.

Le 14 novembre, opération. On trouve une masse irrégulière, tubéreuse ; le cæcum et le côlon transverse sont ratatinés. Nombreuses nodosités métastatiques sur le péritoine viscéral et pariétal. Au niveau du coude hépatique, le côlon est excessivement réduit de calibre par la tumeur.

On réunit le segment distal de l'iléon avec le côlon descendant par un bouton de Murphy.

La fistule est excisée, la paroi réunie au fil d'argent. Injection de sérum artificiel.

Le 15 novembre, mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on reconnaît que la tumeur occupe le côlon ascendant et le coude hépatique.

OBSERVATION IV

(Maylard, *Edimbourg med. Journal*, 1902.)

J'ai vu pour la première fois le malade quand il est venu à Glasgow en novembre 1899. Il se plaignait de crises douloureuses dans la région épigastrique, suivies de vomissements qui le calmaient. Ces crises étaient espacées depuis ces dernières années. Ces jours derniers, les matières vomies sont assez abondantes pour remplir un vase de nuit.

Avant de venir à Glasgow, il avait été, à différentes époques, examiné par cinq autres médecins. Tout portait à croire que la maladie intéressait l'estomac. Toute sa vie, il avait été constipé. Quand je l'ai vu, il était maigre, mais non amaigri. La percussion indique que le bord inférieur de l'estomac descend au niveau de l'ombilic et on entend

du clapotage à ce niveau. Comme le malade avait été soumis, sans amélioration, à un traitement médical, je propose une laparotomie exploratrice. Sa femme, toutefois, était opposée à l'opération et voulait un autre avis. Il vit un autre médecin qui diagnostiqua une dilatation d'estomac. L'opération étant ajournée, je traitai le malade par la diète et les lavages, ce qui amena une telle amélioration qu'il reprit 11 livres.

Le repas d'épreuve, donné deux fois, montra la présence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac.

A l'opération, enfin acceptée, on trouva une tumeur de l'angle colique droit, retenue à la base du foie par des adhérences indestructibles. Ganglions.

Le cæcum et le côlon ascendant étaient distendus par les matières fécales.

Entérectomie. Anastomose iléo-sigmoïdienne. Guérison.

OBSERVATION V.

(Maylard, *loc. cit.*, *Edimbourg médical Journal*, 1902.)

Il y avait eu une histoire de douleurs épigastriques, environ une demi-heure après l'ingestion d'aliments, mais un régime soigneusement établi diminuait ces symptômes.

Il souffrait de flatulence et d'une sensation de distension gastrique. *Les selles avaient toujours été régulières.* L'inspection ne révélait la présence d'aucune tumeur, mais montrait un estomac dilaté, descendant au-dessous de l'ombilic. Le clapotage existait.

Depuis deux ou trois jours, les vomissements apparaissent par intervalles. Un repas d'épreuve administré à deux reprises différentes dénote l'absence d'acide chlorhydrique libre, comme le démontre la réaction du diméthyl.-amido-azo.-benzol.

En opérant, on s'attendait à trouver une tumeur siégeant au pylore, mais après avoir rompu quelques adhérences, il a été clairement établi que le néoplasme n'avait aucun

rapport avec l'estomac, mais faisait partie intégrante de l'angle hépatique du cœlon.

L'intestin est libéré de ses adhérences et la portion lésée est réséquée.

Depuis, tout symptôme gastrique a disparu.



OBSERVATION VI (résumée).

(*Tarlais*, chez Monprofit, *in th.* Lardennois.)

Début il y a trois ans.

Troubles gastriques, constipation, douleur sourde dans la région de l'estomac, surtout après les repas, irradiée vers le dos et les épaules.

Il y a un mois, la douleur est devenue plus aiguë; la malade a des vomissements bilieux alimentaires, surtout après ingestion d'aliments.

Constipation, puis débâcle suivie d'amélioration.

Huit jours plus tard, même crise d'obstruction.

A l'examen, saillie au niveau de l'ombilic, irrégulière, mobile, indépendante de la paroi. La malade dit qu'elle se déplace souvent et occupe même parfois la fosse iliaque gauche.

On diagnostique cancer, peut-être du rein ou du pylore, ou du gros intestin.

Opération. — On trouve une tumeur de l'angle hépatique. Ablation, fermeture des deux bouts; abouchement latéral.

Suites : un mois et demi après l'opération, la malade s'occupe de ses travaux habituels.

La tumeur a 13 centimètres de longueur sur 6 ou 7 de largeur. Elle présente une coudure en arc qui n'est autre que l'angle hépatique.

Carcinome cylindrique.

OBSERVATION VII (résumée).

(Barbary, thèse 1904.)

Rosalie L..., cinquante-sept ans, entre au service de M. Monprofit le 5 mars 1903.

Depuis trois mois, violentes coliques, constipation, vomissements, douleurs vives.

Il y a quinze jours, mélœna et hématuries.

A l'examen de l'abdomen, on sent du côté droit une tumeur dure, mobile, grosse comme le poing. On diagnostique néoplasme intestinal cause de l'obstruction.

Opération le 17 mars. — On trouve un cancer du foie propagé à l'angle colique droit et probablement au rein.

Exclusion unilatérale de la fin de l'iléon du cæcum et du côlon ascendant.

Suites : les vomissements et les coliques disparaissent. Les selles reprennent leur cours normal le troisième jour après l'opération. Dès le 27 mars, les selles sont normales et la malade sort de l'hôpital le 28 mars.

Les phénomènes d'occlusion ont complètement disparu. Le cancer hépatique suit son évolution.

OBSERVATION VIII

(Barbary, observation V résumée.)

M^{me} X..., de Longué (D^r Tardif).

Occlusion grave. Opération en août 1903; anastomose de l'iléon avec l'angle sigmoïde, et anus artificiel de précaution en raison de l'occlusion très intense et très grave.

Guérison.

Il s'agissait d'un néoplasme de l'angle colique droit. Occlusion intestinale. Entéro-anastomose; iléo-sigmoïdostomie. Anus artificiel.

OBSERVATION IX

(Barbary, observation IV résumée.)

M. X..., soixante-sept ans. Les Forges.

Anastomose du côlon ascendant et du côlon transverse, pour une occlusion déterminée par une tumeur fixée à l'angle colique droit.

Les accidents d'occlusion sont levés, mais le malade s'affaiblit peu à peu, présente des mélœna, et meurt au bout de quinze jours en pleine cachexie.

OBSERVATION X

(Barbary, observation VII résumée.)

Louis G..., trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 30 septembre 1903. Depuis huit mois, il souffre du côté des fausses côtes droites. Diarrhée, selles teintées de sang. En mars, il remarque une tumeur. En mai, il a une grosse hémorragie intestinale. L'appétit est diminué ; le malade a perdu 6 kilogrammes.

Le 29 septembre crise douloureuse suivie d'hémorragie. Les jours suivants, trois ou quatre selles noirâtres chaque jour. Pas de vomissements.

A l'inspection on note à jour frisant une tumeur dans le flanc droit.

A la palpation, on sent une tumeur immobile, profonde, dont la matité est séparée de la matité hépatique par une bande de sonorité.

Ganglions inguinaux à droite.

Opération le 3 octobre 1903 : on trouve une tumeur de l'angle colique droit.

Exclusion unilatérale avec double implantation colique pour cancer du côlon ascendant et de l'angle colique droit.

Suites : Le 13 octobre, le malade va bien, mais il a toujours un peu de diarrhée.

Le 16 octobre, il a repris 3 kg. 500.

Les nouvelles reçues le 2 janvier 1904 sont bonnes.

OBSERVATION XI

(Barbary, obs. I résumée),

M. M..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 13 février 1904. Il a eu, il y a cinq ou six mois deux accès de violentes coliques avec diarrhée.

Puis selles régulières, appétit normal, mais toujours de la gêne abdominale.

On diagnostique une entérite et on fait des lavages d'intestin.

En janvier, on constate une tumeur entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde.

A partir du 15 janvier, hémorragies intestinales tous les jours. On sent dans l'hypocondre droit une tumeur grosse comme le poing, immobile, douloureuse à la pression.

Opération le 15 février 1904. — On trouve une tumeur grosse comme deux poings à l'angle hépatique; on l'enlève avec les ganglions. Poids de la tumeur : 750 grammes.

Anastomose du bout terminal de l'iléon avec le côlon descendant.

Suites : selles liquides pendant quelques jours, normales le 22 février.

Le 7 février, la plaie est en parfait état.

OBSERVATION XII

(Körte, *Verhänd. der deut. Gesell. für Chir.*, 1900,
p. 60 et 120.)

P.... soixante-neuf ans, reçu le 27 juillet 1899. Depuis un

an, douleurs abdominales partant de la région cœcale, s'irradiant vers l'estomac : vomissement, constipation.

A l'examen, on trouve à travers la paroi abdominale, un peu à droite de l'ombilic, une tumeur grosse comme une pomme, mobile. Pas de modifications chimiques ni motrices de l'estomac,

Opération le 31 juillet 1899. — On trouve le cæcum assez haut placé vers le foie ; au-dessus de lui, et jusqu'au coude hépatique inclus, il y a une tumeur dans la paroi intestinale. La lumière intestinale est rétrécie, le côlon transverse affaissé.

A cause de l'âge du malade, on n'ose pas pratiquer l'extirpation, et on abouche l'extrémité du petit intestin au côlon transverse.

Guérison. — Le malade sort le 18 août avec des selles régulières. Il ne souffre plus.

En octobre, on apprend qu'il souffre du ventre. Depuis, plus de nouvelles.

OBSERVATION XIII

(Körte, *loc. cit.*)

H. A..., trente-huit ans. Entre le 2 juin 1899. Il souffre depuis six mois de douleurs abdominales, de vomissements et de constipation. Ces douleurs vont en augmentant.

Le ventre est déprimé, indolore à la pression.

Relief et durcissement intestinal, bruits de sténose, douleurs périodiques violentes.

Depuis sept jours, obstruction complète.

On diagnostique une tumeur de l'intestin siégeant sur la partie terminale de l'iléon.

Opération le 5 juin 1899. — On trouve de la péritonite cancéreuse. L'intestin grêle et le cæcum sont fortement gonflés.

La tumeur siège sur la flexure hépatique.

Nombreux ganglions. On ne peut isoler la tumeur et on anastomose l'iléon avec le côlon transverse.

Pendant l'opération, la malade syncope et meurt.

OBSERVATION XIV

(Körte, *loc. cit.*)

G..., quarante-huit ans. Depuis un an, constipation, coliques, météorisme. Amaigrissement.

A l'examen, on note de l'ictère conjonctival ; à trois doigts au-dessous des fausses côtes droites, on sent une tumeur dans la région de la flexure-hépatique.

Estomac normal.

Opération le 22 avril 1895. — On trouve la tumeur sur le coude colique droit, entourée d'adhérences, de ganglions,

Extirpation du cæcum, côlon ascendant et coude hépatique. Implantation de l'iléon dans le côlon transverse.

La pièce enlevée mesure 21 centimètres au-dessus de la flexure hépatique et 17 centimètres de côlon transverse. La tumeur, large de 8 centimètres et demi, est ulcérée et présente un foyer ramolli.

C'est un carcinome à cellules cylindriques.

27 avril 1895. — Collapsus et mort.

A l'autopsie, on trouve un point du côlon transverse gangrené par suite de la ligature d'une grosse branche de l'artère mésentérique supérieure.

OBSERVATION XV

(Körte, *loc. cit.*)

D... M..., cinquante-quatre ans, entre le 31 août 1897. Depuis trois semaines elle présente des signes d'étran-

glement. L'opération est refusée depuis quatorze jours. Depuis, vomissements fréquents, selles incomplètes.

A l'examen, on sent à peine le poulx, les extrémités sont froides. L'ombilic hernié est douloureux à la pression.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un lacis d'adhérences, et un segment intestinal dur, totalement adhérent, il est envahi par une tumeur entourée de pus fétide.

Résection typique de la tumeur qui appartient à l'angle colique droit. Occlusion des deux bouts d'intestin et anastomose latérale.

Collapsus, mort le 1^{er} septembre 1897.

OBSERVATION XVI

(Körte, *loc cit.*)

F..., soixante-huit ans et demi. Entré le 16 janvier 1894. Depuis un an, le malade s'est senti une tumeur dans la région droite de l'abdomen, sans trop de douleurs.

Depuis trois mois, la tumeur s'accroît et provoque des crises douloureuses.

Le 16 janvier 1894, l'état général est mauvais.

Du côté droit de la cavité abdominale, à hauteur de l'ombilic, on sent une tumeur grosse comme deux poings, immobile.

La surface est en partie mamelonnée, en partie ramollie.

Un peu de fièvre le soir.

Ouverture de l'abdomen; on fait un anus artificiel; le malade meurt de cachexie le 8 avril 1894.

A l'autopsie, on trouve la tumeur sur le coude hépatique; à la coupe du foie, on trouve un kyste à échinococques gros comme une tête d'enfant.

OBSERVATION XVII

(H. Saasse (Paderborn) *Centralblatt f. Chir.*, 1903.)

Cancer de l'angle colique droit avec adhérences étendues à la paroi abdominale, et à la face inférieure du foie.

Le rétrécissement est haut placé, et on note une énorme dilatation du côlon ascendant du cæcum et de l'iléon.

Entérectomie de la partie moyenne du côlon transverse et du côlon ascendant ; iléocolorraphie.

Guérison depuis trois mois.

OBSERVATION XVIII

(Tuffier, *Semaine Médicale*, 1900, p. 371.)

Cancer de l'angle colique droit, inopérable, avec à plusieurs reprises des accidents graves d'obstruction. Impossibilité, à cause des adhérences, de réunir le côlon ascendant au côlon transverse.

Anastomose de l'anse sigmoïde à l'iléon.

Guérison après selles liquides pendant plusieurs semaines.

OBSERVATION XIX

(Kessler, *Bericht über 31 Fälle von Dickdarmtumoren*, Inaug. Dissert. Iéna, 1902.)

K., trente-neuf ans, entre le 17 octobre 1894. Depuis le 26 juillet 1894, le malade se plaint d'une vive douleur abdominale, avec vomissements, occlusion intestinale et collapsus. Cette crise de quelques heures se renouvèle à des intervalles variés pendant lesquels le malade pouvait travailler.

Le 29 septembre, une crise très violente se produisit avec vomissements de glaires et de détritüs alimentaires. Ces jours derniers, les douleurs ont persisté moins intenses, mais continues, ressenties avec une grande fixité en haut, à droite de l'ombilic.

A l'examen, le malade est amaigri ; le ventre est gonflé ; on entend dans le ventre un bruit chuchoté, soufflé, comme

si un contenu liquide était exprimé à travers un tissu clair.

Dans l'urine, beaucoup d'indican.

Opération. — On trouve sur le coude colique droit une tumeur qui tient l'intestin fortement fixé à la paroi abdominale postérieure. On résèque la tumeur et on abouche les bouts d'intestin dans la plaie d'ouverture.

Suites : Fièvre ; formation d'un phlegmon fécal. Le malade perd ses forces à vue d'œil et meurt le 31 octobre 1894.

A l'autopsie, on trouve les poumons œdémateux, l'estomac distendu par les gaz ; dans tout l'abdomen et sur la capsule du foie, des adhérences fibrineuses.

OBSERVATION XX

(Morton, *Brit. Med. Journ.*, 29 oct. 1904.)

F... C..., quarante-cinq ans, entre à l'hôpital en juillet 1903. Depuis dix-huit mois, crises de douleurs abdominales, vomissements rares, alternatives de constipation et de diarrhée ; il y a un an, méloëna abondant. On sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf au niveau de la vésicule biliaire, mobile même par les mouvements respiratoires.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur grosse comme une orange sur l'angle hépatique, et attaquant la vésicule biliaire. Deux ganglions sur le mésocôlon. Ablation du coude colique, de l'épiploon envahi, des ganglions et des membranes externes de la vésicule, seules atteintes ; puis anastomose sur une bobine en os des deux bouts d'intestin. Le rétrécissement admettait seulement un cathéter n° 12.

Le malade guérit et sortit de l'hôpital cinq semaines après l'opération.

Il alla bien jusqu'à ces mois derniers, puis recommença à souffrir au niveau des nerfs intercostaux droits : hyperesthésie de la peau.

La tumeur s'était développée à nouveau, et l'examen

pratiquée au mois de juin de cette année prouva qu'elle était trop étendue pour être reséquée.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Rochet.)

Femme âgée de trente-huit ans, de Bourg (Ain).

Symptômes d'occlusion intestinale très incomplète et intermittente depuis près de deux ans. La malade a des alternatives de constipation et de diarrhée suivies d'assez fortes débâcles. Elle a maigri un peu, mais sans pâleur, sans altérations bien nettes de l'état général. Elle est très vigoureuse, du reste, et ne présente aucun soupçon de tuberculose.

A l'examen du ventre, on ne trouve rien dans la sphère génitale, mais on sent très nettement, la malade étant maigre et à paroi abdominale très dépressible, à la partie supérieure du côlon ascendant, au-dessus du cæcum un peu dilaté, une tumeur arrondie du volume d'une grosse mandarine.

Cette tumeur est mobile sous la paroi, mobile aussi sur les parties profondes. Elle est de consistance très dure et paraît formée de grosses lobulations.

Quand on appuie dessus un peu fort, la malade souffre légèrement. Cette tumeur n'a donné lieu qu'à des hémorragies insignifiantes : une ou deux fois, les selles ont été teintées de sang noir.

La malade se plaint surtout de la difficulté à émettre des gaz. Elle se sent des gargouillements dans l'abdomen plusieurs fois dans la journée, et quand ces gaz sont passés, toujours, d'ailleurs, par en bas, elle ne souffre plus. Elle n'a jamais vomi.

On la met (décembre 1903) à un régime de lait, de potages et d'aliments demi-solides, très faciles à digérer. Ce régime la soulage notablement, et, sauf un peu de gar-

gouillement gazeux de temps à autre, les symptômes d'obstruction ont presque disparu.

Au mois d'octobre 1904, la malade revue n'a presque pas changé comme état général, sauf comme état de faiblesse. Elle était domestique, elle a dû cesser tout travail, et elle se repose maintenant toute la journée.

Cependant, la tumeur a notablement grossie, toujours mobile sous la paroi, elle se déplace moins facilement sur les parties profondes ; les bosselures sont plus saillantes et le gâteau en paraît bien aussi gros qu'une orange.

Toujours pas de sang dans les selles. La malade accuse un certain dégoût de la viande.

L'opération est refusée par la malade.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Tixier.)

Cancer de l'angle droit du côlon. Entérectomie.

Anastomose iléo-sygmoidienne. Guérison.

M^{me} B..., de la Bégude de Mazenc (Drôme), âgée de soixante-quatre ans, mère de deux enfants en excellente santé.

Elle-même déclare n'avoir jamais été malade ; c'est une femme petite, maigre, très active. Depuis plusieurs années elle mange très peu et vit surtout de légumes, de lait et de fruits. Elle a depuis longtemps un profond dégoût pour la viande.

Ces phénomènes sont allés en s'exagérant durant ces deux dernières années ; de plus, les digestions étaient longues et difficiles. Jamais, cependant, de vomissements ; un peu de constipation entrecoupée parfois par de courtes périodes de diarrhée.

Depuis trois ou quatre mois, elle maigrit, perd ses forces et son énergie : elle n'a plus d'appétit. De plus, parfois elle

souffre du ventre et éprouve de violentes coliques : elle ne précise pas le siège de ces douleurs.

On signale chez cette malade, comme chez la plupart des cancéreux que nous avons eu à examiner, de petits angiomes sous-cutanés disséminés sur la paroi du ventre. (D^r Tixier, *Soc. chir. Lyon*, 1903.)

Au commencement du mois de juin 1904, crise aiguë ; brusquement la malade est prise de coliques continues ; le ventre se météorise, il y a absence de gaz et de matières. La malade, inquiète, se décide, sur les conseils de son docteur de Montélimar, à venir consulter à Lyon.

Le D^r Paul Courmont qui voit alors la malade, pense à un néoplasme latent du gros intestin ; il perçoit une masse fixe, dure et douloureuse dans le flanc droit ; mais comme le météorisme est alors considérable, il est très difficile de préciser le siège de cette masse. Il s'adresse surtout aux phénomènes d'obstruction qu'il est heureux de voir disparaître sous l'influence de lavements purgatifs, etc. Un examen complet des organes de la malade ne révèle aucune tare ; le cœur est bon, les poumons indemnes. Les reins sécrètent une urine normale en quantité suffisante. Il conseille de voir un chirurgien et surveille avec soin l'alimentation.

Une amélioration notable est obtenue, aussi la malade repart-elle chez elle et reprend sa vie normale. Mais, brusquement, le 24 juin, réapparaissent les accidents d'obstruction intestinale, avec vomissements, douleurs atroces et météorisme. La malade se décide à revenir à Lyon.

28 juin. — M. Courmont appelle M. Tixier auprès de la malade. Les symptômes sont alors ceux d'une occlusion subaiguë ; le ventre est ballonné, douloureux. Par intervalles, on sent les anses intestinales se dessiner sous la peau ; ce péristaltisme vient mourir du côté droit de l'abdomen. Par moments, on perçoit une masse dure sous le foie, au-dessous de laquelle le gros intestin est distendu ; il y a du gargouillement cæcal ; à gauche, au contraire, le gros

intestin est affaîsé. Pas de dilatation d'estomac, pas de clapotement, aucun signe de sténose du pylore.

Pas d'ascite, rien du côté du rectum ni des organes génitaux internes. On fait le diagnostic de cancer du côlon, situé vers l'angle hépatique.

Il n'y a pas urgence : on peut attendre la disparition des symptômes aigus.

Grâce à des lavements d'huile portés haut dans l'intestin à l'aide d'une grande canule, une purgation légère, des cataplasmes laudanisés chauds sur le ventre, l'amélioration est rapide.

2 juillet. — Le ventre est redevenu souple ; des selles peu copieuses, mais répétées, ont fait disparaître la distension abdominale. On perçoit alors nettement une tumeur grosse comme un poing d'enfant sous le foie, tumeur assez mobilisable, nettement distincte du foie, de la vésicule et du rein. Tout est en faveur d'un cancer de l'angle droit du côlon.

Comme la femme est encore vigoureuse, quoique très maigre, que les organes viscéraux sont sains, que la diurèse est abondante, qu'il n'y a aucun signe de généralisation viscérale ni ganglionnaire, une intervention radicale est proposée.

Opération, 4 juillet. — D^{rs} Tixier, Paul Courmont, M. Latarjet, interne des hôpitaux. Anesthésie, chlorure d'éthyle et éther.

Immense laparotomie médiane dépassant de quatre travers de doigt l'ombilic. La main explore rapidement la tumeur qu'elle sent relativement mobilisable. Pas d'adhérences sérieuses au foie et à l'intestin. Immédiatement, on se décide à l'intervention.

Le côlon transverse est sectionné en son milieu entre deux pinces, le bout distal fermé par deux plans de sutures à la soie en surjet.

Section du mésocôlon à droite ; on arrive sur l'angle colique. La tumeur est lentement libérée ; des pinces sont

appliquées sur le mésocôlon, section successive de haut en bas jusqu'à l'abouchement de l'iléon. On hésite à arrêter là la résection intestinale ; comme le cæcum est très peu long, et qu'il formerait un cul-de-sac inutile, on l'enlève rapidement et on sectionne l'iléon entre deux pinces.

Cette immense portion du gros intestin comprenant tout le cæcum, tout le côlon ascendant et la moitié droite du côlon transverse est complètement détachée sans qu'il se soit produit d'hémorragie redoutable. Il y eut un moment délicat : c'est lorsqu'au niveau du bord interne du côlon ascendant, on s'est trouvé en rapport étroit avec la deuxième portion du duodénum et la tête du pancréas.

Il reste à aboucher l'intestin grêle avec le gros intestin. Une anastomose directe terminale de l'iléon fait exécuter une torsion trop prononcée ; aussi, rapidement, on exécute une large anastomose latérale avec l'anse sigmoïde, après avoir fermé le bout central de l'iléon.

L'hémostase est rapidement exécutée au catgut et au tendon de renne. Toutes les sutures intestinales ont été faites à la soie fine.

Le ventre soigneusement examiné ne montre aucun suintement sanguin ; aussi, malgré la large dénudation de la fosse lombaire antérieure, consécutive à l'ablation du côlon, on se décide à tout fermer sans aucun drainage.

La plaie de laparotomie est fermée par trois plans de sutures, catgut pour le péritoine, tendons de renne pour les muscles et aponévroses, crins de Florence (quatre) et agrafes pour la peau.

L'opération a duré une heure dix minutes ; l'anesthésie a été discontinuée, la quantité d'éther minime.

Peu de shock, pouls excellent ; on injecte cependant immédiatement 500 grammes de sérum pour relever la tension.

Suites opératoires. — Elles ont été remarquablement simples. Pas de vomissements. Température maxima 38°₂. Selles liquides spontanées au troisième jour.

Une seule complication très ennuyeuse survint au douzième jour, alors que la plaie de laparotomie était réunie par première intention : il apparut brusquement une phlébite de la jambe gauche qui évolua avec une allure subaiguë. Au même moment, une tuméfaction molle se développa dans la fosse iliaque et la région lombaire droite, donnant la sensation soit d'une épiploïte, soit d'un hématome. Sous l'influence de cataplasmes chauds, tous ces symptômes s'amendèrent rapidement.

Un mois après l'opération, la malade put rentrer à Montélimar en automobile.

Depuis, son état est demeuré très florissant; elle a repris plusieurs kilogrammes; ses forces sont complètement revenues.

Au point de vue des fonctions intestinales, après une période de diarrhée légère, les selles ont repris leur consistance normale.

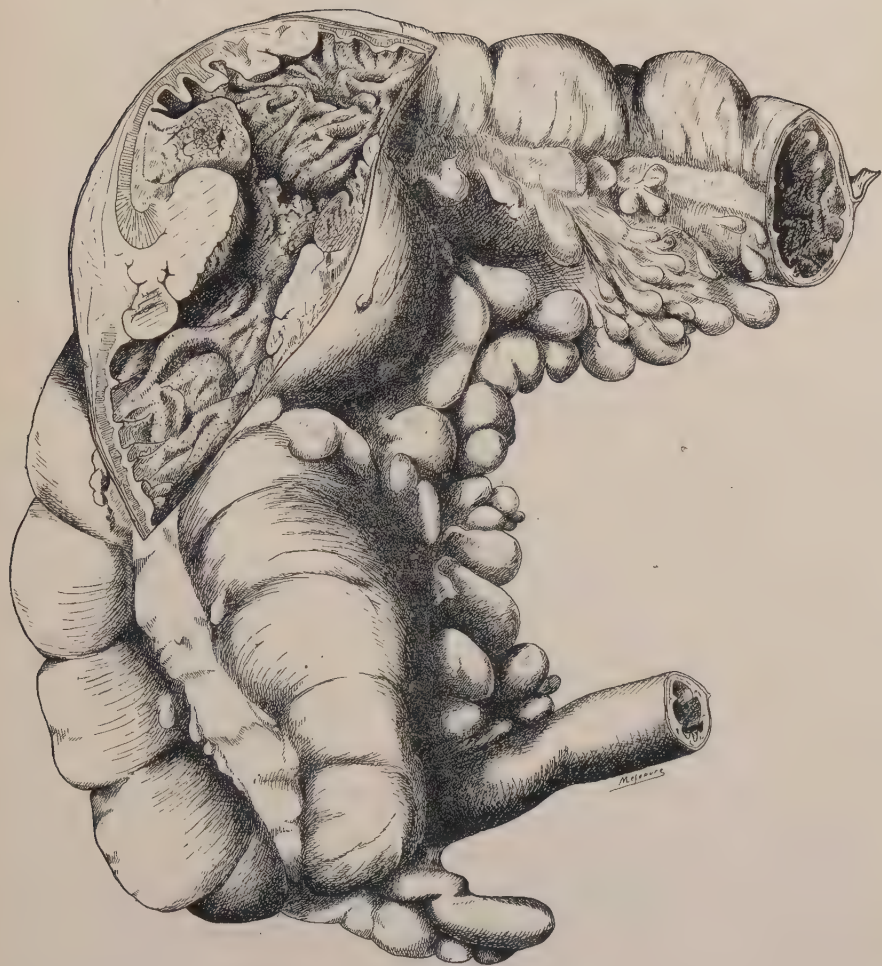
15 novembre 1904. — La malade mène sa vie ordinaire.

Description de la tumeur. (Voir fig. ci-contre). — La tumeur siège exactement à la partie supéro-externe de l'angle colique droit; son volume est celui d'une mandarine, sa forme sensiblement annulaire; elle n'intéresse pas complètement la paroi intestinale du côté interne. La lumière intestinale, fortement réduite admettrait à peine le petit doigt. Les valvules conniventes ont disparu, et la surface interne de la tumeur est semée de petits bourgeons néoplasiques non ulcérés.

A la coupe, on distingue le vestige de la bandelette musculaire externe.

Le cæcum est court et dilaté, le début du côlon transverse un peu atrophie.

Au microscope (examen fait par M. le Dr Paviot), en diagnostique : épithéliome cylindrique typique du type intestinal.



Obs. XXII. — La pièce est rétractée surtout dans le sens de la hauteur par suite du séjour dans le formol.

On trouvera aux indications suivantes vingt-six observations de cancer de l'angle colique droit, antérieures à 1900, citées par R. de Bovis.

1879. GOODHART, *Brit. med. Journ.*, 1879, p. 483.
1882. BEGER, *Berliner klin. Woch.*, 1882, p. 616.
1885. SIDNEY JONES, *Lancet*, 10 janvier 1885, p. 60.
1886. LANGE, *N. Y. med. Journ.*, 13 fév. 1886, p. 199.
1888. MEYER, *Med. Rec.*, 24 nov. 1888, p. 612.
1892. DOYEN, *Arch. prov. de Chir.*, 1892, p. 53.
1892. LITTLEWOOD, *Lancet*, 16 avril 1892.
1892. GÖPPER, th. de Greifswald, 1892 (2 obs.).
1894. OBALINSKY, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894.
1894. HAHN, *Berlin. klin. Woch.*, 1894, p. 276.
1894. ABBE, in th. Magill de Greifswald, 1894.
1894. HELFERISCH — — —
1895. BARRS et ROBSON, *Lancet*, 15 juin 1895, p. 1513.
1896. GRAFF, *Arch. f. klin. Chir.*, 1896.
1896. POSTNIKOFF, *Medizinskoje Obodzrienié*, 1896, p. 191.
1897. HAHN *Deut. med. Woch.*, 1897, p. 672.
1897. PETROFF, *Congrès internat. de Moscou*, 1897.
1897. SEEFISCH, *Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 1209.
1897. FRANK, *Vien. klin. Woch.*, 1897, p. 858.
1897. BRIDDON, *N.-Y. rev. de gyn. et chir. abdom.*, 1897,
p. 747.
1898. VERDELET, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898, p. 222.
1898. STORF, *Centralb. f. Chir.*, 1898, p. 129.
1898. MAC EVAN, *Scott. med. and Surg.*, 1898, p. 1.
1899. PELLIER (Monprofit), *Anjou méd.*, 1899, p. 90.
1900. BORELIUS, *Rev. de Chir.*, 1900, p. 779.
-

CONCLUSIONS

I. Après l'S iliaque et l'angle iléo-cæcal, l'angle colique droit est la localisation la plus fréquente du cancer du gros intestin.

II. La symptomatologie du cancer de cet angle est celle du cancer de l'intestin en général, avec de telles particularités qu'elle simule souvent le syndrome clinique du rétrécissement pylorique. Les troubles gastriques dominent tous les autres symptômes. Pour faire le diagnostic avec le cancer du pylore, il importe de ne pas laisser inaperçus des troubles intestinaux qui sont habituellement les premiers en date. Le diagnostic précis du siège de la lésion ne peut être donné souvent que par une laparotomie exploratrice.

III. Il s'agit le plus souvent d'hépithéliomes cylindriques, dont l'évolution est lente et la généralisation tardive.

IV. Si le cancer n'est pas mobilisable, le traitement sera seulement palliatif: on fera une entérostomie au niveau du cæcum, ou de préférence une anastomose

iléo-sigmoïdienne. Dans tous les cas où le cancer est mobilisable et le malade assez vigoureux, l'opération indiquée sera une exérèse : on fera une entérectomie large, comprenant au besoin la moitié droite du côlon transverse et tout le côlon ascendant avec le cæcum. On terminera l'opération par une anastomose latéro-latérale iléo-sigmoïdienne.

V. Le traitement chirurgical seul atténue la gravité du cancer, dont le pronostic est fatal si on le laisse évoluer ; il peut procurer au malade plusieurs années de survie, peut-être même une guérison complète.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

POLLOSSON (M).

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 28 novembre 1904,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BABCOCK, Common anomaly of the colon (*Internat. med. mag. N.-Y.*, 1901, X, p. 129).
- BARBARY, *Essai sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin* (th. Paris, 1904).
- BÖECKEL, Résection du gros intestin (*A.F.A.S.*, Ajaccio, 1901 et Paris, 1902).
- DE BOVIS, Cancer du gros intestin (rectum excepté) (*Revue de Chirurgie*, 1900).
- BRIN, Cancer du gros intestin. Considérations sur son exérèse (*Arch. méd. d'Angers*, 1901, p. 283).
- BUY, *Anatomie du côlon transverse* (th. Toulouse, 1901).
- CLOOG, *The Practitioner*, avril 1904.
- COHAN, *Recherches sur la situation du côlon transverse* (th. Paris, 1898).
- CRAMER, Diagnose der Dickdarmcarcinome (*Münsch. med. Wochensh.*, 17 juin 1902).
- CHRISTOFF, *Sur le traitement curatif du cancer du gros intestin* (th. Montpellier, 1901).
- CURSCHMANN, *Münsch. med. Woch.*, 1901, XLVIII, p. 1907.
- DRUCKBERT, Etude expérimentale sur la suppression du gros intestin par l'iléo-sigmoïdostomie (*Echo méd. du Nord*, 1900, p. 445).
- DUVAL (P.), *Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien* (th. Paris, 1902).

- FROMONT, *Contribution à l'anatomie topograph. de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif* (th. Lille, 1889).
- GÉRARD, De quelques anomalies du côlon transverse (*Echo médical du Nord*, 21 juin 1903).
- GÉRARD-MARCHANT, *Chirurgie du gros intestin*, 1902.
- HARTMANN, Intervention chirurg. dans les tumeurs du gros intestin (rectum excepté) (*Soc. de Chir. de Paris*, 2 nov. 1904).
- JAYLE et BEAUSSÉNAT, De la résection segmentaire et simultanée du gros et du petit intestin (*Revue de gynécol. et de chirurg. abd.*, 1902, p. 347).
- KÖRTE, Erfahr. über die operative Behandlung der malignen Dickdarmgeschwülste (*Verhand. der. deutsch. Gesell. f. Chir.*, 1900, pp. 60 et 120).
- LARDENNOIS, *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin* (th. Paris, 1899, 1900).
- LATARJET, Occlusion du cæcum du côlon ascendant et d'une partie du côlon transverse pour cancer du gros intestin (*Lyon médical*, 14 août 1904).
- LEJARS, Formes phlegmoneuses du cancer (*Semaine médicale*, 24 fév. 1904).
- LEMAIRE, *Anatomie topographique des organes abdominaux du fœtus et de l'enfant* (th. Lille, 1897).
- MAUCLAIRE et MOUCHET, Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1896, p. 600).
- MAYLARD, Symptom and diagnosis of growth of the hepatic flexure of the colon (*Edimb. medic. Journ.*, 1902, p. 120).
- MONPROFIT, XIV^e Congrès de Chirurg., 1901, XVI^e Congrès de Chirurg., 1903, *Chirurgie du gros intestin*, fév. 1904.
- QUERVAIN, *Des positions anormales de l'intestin*, Paris, Imp. de la Sem. Médic., 1901.
- RÖTTER, Über der Dickdarmcarcinome (*Centralbl. f. Chir.*, 1903, n° 37).

SEYFFERTH, *Prognose der Dickdarmcarcinome* (Inaug. Dissert. Halle, 1902).

TERRIER et GOSSET, De l'exclusion de l'intestin (*Revue de chirurgie*, 1902).

ZIMMERMANN, Dickdarmcarcinome (*Heilkunde Wien und Leipzig*, 1901, p. 605).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie chirurgicale	11
CHAPITRE II. — Description clinique du cancer de l'angle colique droit	19
CHAPITRE III. — Traitement chirurgical	35
CHAPITRE IV. — Observations.	46
CONCLUSIONS.	69
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	71

